

7.7 Psychische Störungen, Sucht und Suizid

Jürgen Barth, Silke Behrendt, Frank Jacobi

„No health without mental health“: Mit diesem Slogan betont die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass die *psychische Gesundheit* ein integraler Bestandteil der Gesundheit einer Person ist. Psychische Störungen haben negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen. Fast die Hälfte der Bevölkerung leidet im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer *psychischen Störung* oder einer *Suchterkrankung*. Präventive und therapeutische Maßnahmen sind daher dringend nötig, um die Krankheitslast zu senken und die unmittelbaren und langfristigen Folgen für die betroffenen Personen zu reduzieren.

In diesem Abschnitt definieren wir zunächst den Begriff der „psychischen Störung“ und beschreiben die epidemiologische Bedeutung dieser Erkrankungsgruppe einschließlich möglicher Konsequenzen wie *Arbeitsausfall*, *Berentung* und *Suizid*. Anschließend erörtern wir, welche *Risikofaktoren* zur Entstehung psychischer Störungen beitragen. Zum Schluss zeigen wir Beispiele für *präventive* und *therapeutische Maßnahmen*.

Schweizerische Lernziele: CPH 40–41

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Begriff der „psychischen Störung“ gegenüber dem Begriff der „psychischen Krankheit“ durchgesetzt, da allgemein mit dem Krankheitsbegriff eine klare somatische Ursache, ein charakteristischer Verlauf und eine einheitliche Symptomatik verbunden werden. Psychische Störungen stellen jedoch Normabweichungen dar, d.h. Abweichungen von einer subjektiven Norm (Leiden) oder von einem früheren Funktionsniveau (Beeinträchtigung). Die Definitionen psychischer Störungen und ihre Klassifikation sind dabei zeitlichen Veränderungen unterworfen. Dies führt dazu, dass klassifizierte psychische Störungen irgendwann verschwinden oder neue hinzukommen. So wird z. B. die *Homosexualität* seit 1973 nicht mehr als psychische Störung angesehen, während die *Posttraumatische Belastungsstörung* erst 1980 in die internationalen Klassifikationssysteme einging.

Die Diagnose psychischer Störungen erfolgt in der Regel anhand der festgelegten Kriterien in den zwei international etablierten Klassifikationssystemen: der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD) der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen und des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der American Psychiatric Association. Das für das gesamte Gesundheitswesen gültige ICD definiert in Kapitel F psychische Störungsbilder, während das DSM ausschließlich psychische Störungen beschreibt.

Bei der Diagnosestellung nach DSM-Kriterien wird nicht nur auf die Störung der betroffenen Person geschaut, es werden im Hinblick auf die folgenden fünf Dimensionen zusätzlich psychosoziale und Kontextfaktoren eingeschätzt:

- Klinisches Störungsbild
- Persönlichkeitsstörung
- Medizinische Krankheitsfaktoren

- psychosoziale Probleme
- Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Suchterkrankungen fasst man unter dem Begriff der „Substanzstörungen“ zusammen. Zentrale Störungsbilder sind dabei im ICD-10 (10. Revision der ICD) der *schädliche Konsum* und die *Substanzabhängigkeit*, im DSM-IV (4. Auflage des DSM) der *Substanzmissbrauch* sowie ebenfalls die *Substanzabhängigkeit*. Nach dem DSM-IV ist ein Substanzmissbrauch charakterisiert durch die wiederholte Verletzung sozialer oder gesellschaftlicher Regeln und Erwartungen bzw. durch wiederholt auftretende soziale Probleme aufgrund des Konsums. Im ICD-10 spricht man von einem schädlichen Konsum, wenn er nachweislich zu körperlichen und/oder psychischen Schädigungen geführt hat. Sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 sind körperliche Abhängigkeitssymptome, Kontrollverlust und Aufgabe wichtiger Aktivitäten für den Konsum charakteristische Kriterien einer Substanzabhängigkeit.

7.7.1 Epidemiologie psychischer Störungen und Suchterkrankungen

Häufigkeit von psychischen Störungen

Epidemiologische Studien aus Deutschland zeigen, dass im Laufe des Lebens ca. 40 % der Bevölkerung zumindest einmal an einer psychischen Störung leiden. Die 4-Wochen Prävalenz, die besagt, wie viele Menschen einer bestimmten Bevölkerung in den letzten vier Wochen an einer psychischen Störung litten, liegt in Deutschland bei knapp 20 % (s. Tab. 7.4).

Zu den häufigsten psychischen Störungen gehörten im Jahr 1997 in Deutschland die unipolare Depression (Lebenszeitprävalenz: 17 %) und die somatoformen Störungen (Lebenszeitprävalenz: 16 %) sowie die Substanzstörungen (Lebenszeitprävalenz: 10 %). Darüber hinaus sind Angststörungen mit einer 4-Wochen-Prävalenz von 9 % recht häufig. Der überwiegende Teil davon sind Phobien (7 %). Für die Schweiz (2007) liegen ausschließlich Daten zu depressiven Störungen vor, welche die Zahlen aus Deutschland bestätigen. Etwa jeder fünfte Schweizer beschreibt sich darüber hinaus als psychisch belastet (z. B. nervös, niedergeschlagen, unausgeglichen; s. a. Web-Tab. 7.7.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Diese Daten beschreiben subjektive Einschränkungen, jedoch keine psychischen Störungen. In den anderen westlichen Industrienationen wie z. B. den Niederlanden, den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien ist die Prävalenz psychischer Störungen ähnlich hoch wie in Deutschland und der Schweiz.

Häufigkeit der Sucht

Bei den Substanzstörungen unterscheiden sich die Prävalenzen stark in Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz. Studien aus Deutschland (1997) zeigen eine 12-Monats-Prävalenz von 7 % für die Nikotinabhängigkeit, von 4 % für den Alkoholmissbrauch und von 2 % für die Alkoholabhängigkeit. Cannabis wird von ca. 1 % der Bevölkerung regelmäßig konsumiert. Alle drei Substanzen werden in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen tendenziell häufiger als in älteren Bevölkerungsgruppen missbräuchlich verwendet. Die Jahresprävalenz für einen problematischen Medikamentenkonsum beträgt in Deutschland knapp 5 %. Betroffen sind hier vor allem die Altersgruppen ab 50 Jahren. Substanz-

Tab. 7.4: Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland, dargestellt anhand der 12-Monats-Prävalenz. Da bei einer Person auch mehrere psychische Störungen gleichzeitig auftreten können (Komorbidität), kann die Summe innerhalb einer Störungsgruppe >100% sein. N = 4.181 (Quelle: Bundesgesundheitsurvey, 1998).

	12-Monats-Prävalenz in %		
	Gesamt	Männer	Frauen
Art der Störung nach DSM-IV			
Substanzstörung	4,5	7,2	1,7
• Alkohol Missbrauch/Abhängigkeit	4,1	6,8	1,3
• Drogen Missbrauch/Abhängigkeit	0,7	1,0	0,5
Psychose ^a	2,6	2,6	2,5
Affektive Störung	11,9	8,5	15,4
• unipolare Depression ^b	10,7	7,5	14,0
• Bipolare Störung	0,8	0,6	1,1
Angststörung	14,5	9,2	19,8
• Panikstörung	2,3	1,7	3,0
• Phobie	12,6	7,5	17,7
• Generalisierte Angststörung	1,5	1,0	2,1
• Zwangsstörung	0,7	0,6	0,9
somatoforme Störung ^c	11,0	7,1	15,0
Essstörung ^d	0,3	0,2	0,5
<i>Eine der genannten Störungen</i>	<i>31,1</i>	<i>25,3</i>	<i>37,0</i>

^a weitere Definition (Screeningdiagnose), die über die Schizophreniediagnose hinausreicht

^b Major Depression, Dysthymie

^c Somatisierungsstörung, Hypochondrie, Schmerzstörung, undifferenzierte somatoforme Störung

^d Anorexie, Bulimie

störungen kommen bei Männern und Frauen unterschiedlich häufig vor. Männer sind häufiger abhängig von Alkohol oder Cannabis als Frauen. Frauen neigen hingegen häufiger als Männer zu einem problematischen Medikamentenkonsum.

Suizidalität und Suizid

Die Mehrzahl der Menschen, die Suizid begehen, leidet an einer psychischen Störung. Weltweit sterben jährlich etwa 16 von 100.000 Einwohnern durch Suizid (Stand 2009). Bei Personen unter 45 Jahren ist der Suizid die dritthäufigste Todesursache. Darüber hinaus ist die Anzahl der Suizidversuche weltweit etwa 15 Mal höher als die Zahl der erfolgreich durchgeführten Suizide. Insbesondere bei den Männern nimmt die Anzahl der Suizide mit zunehmendem Alter zu. Suizidversuche werden dagegen mehrheitlich von jüngeren Frauen durchgeführt. Die Zahl der Suizidversuche insgesamt ist jedoch bei Frauen und Männern etwa gleich.

Die Häufigkeit der Suizide in der Bevölkerung unterscheidet sich von Land zu Land. Die Web-Abb. 7.7.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt die Häufigkeit pro 100.000 Einwohner in verschiedenen Staaten. Dabei fällt auf, dass Suizide insbesondere in den osteuropäischen Ländern sowie in Japan häufiger als in anderen Ländern vorkommen. Auch hier wird deutlich, dass Männer etwa zwei- bis dreimal häufiger Suizid begehen als Frauen.

Die Suizidmethoden variieren dabei zwischen den Geschlechtern und von Land zu Land. Männer machen häufiger von Schusswaffen Gebrauch, Frauen häufiger von Medikamenten. Die Schweiz liegt bei den mit Schusswaffen verübten Suiziden in Europa an der Spitze (Abb. 7.7). Etwa ein Drittel der von Männern verübten Suizide werden hier mit Hilfe von Schusswaffen ausgeführt, während der Anteil bei den Frauen nur etwa 3 % beträgt. In der Liste der Ursachen für verlorene Lebensjahre (PYLL; vgl. Kap. 2.2.5) liegen der Suizid in der Schweiz an vierter, in Deutschland an fünfter Stelle.

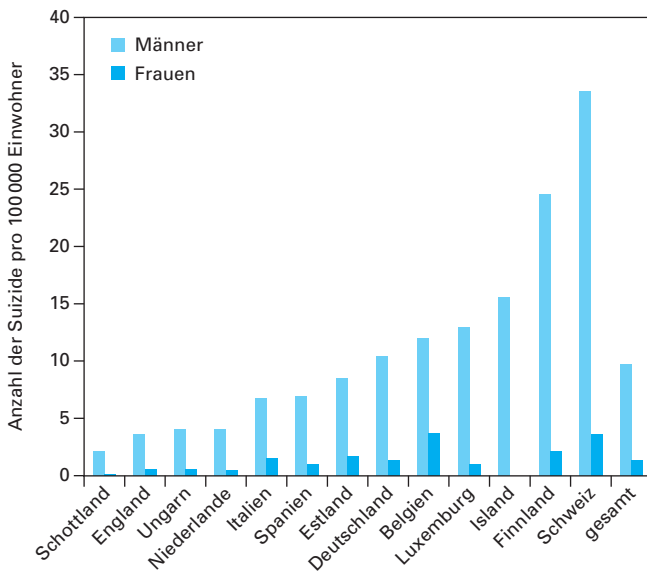


Abb. 7.7: Anzahl der mit Schusswaffen verübten Suizide pro 100.000 Einwohner in verschiedenen europäischen Ländern (Quelle: European Alliance Against Depression, 2004).

Arbeitsunfähigkeit und Berentung aufgrund psychischer Störungen

In den letzten Jahren haben die durch psychische Störungen bedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten stetig zugenommen. Nach Krankenkassenstatistiken ging in Deutschland im Jahr 2004 etwa jeder zehnte krankheitsbedingte Fehltag auf psychische Störungen zurück. Die häufigsten Gründe für den Arbeitsausfall sind Anpassungsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen. Da psychische Störungen oftmals einen chronischen Verlauf nehmen, führen diese häufig zur Frühverrentung. In der Schweiz wurden 2007 etwa ein Drittel der Berentungen aufgrund psychischer Störungen vorgenommen (vgl. Kap. 6.3)

7.7.2 Ursachen und Risikofaktoren bei psychischen Störungen und Suchterkrankungen

An der Entstehung psychischer Störungen sind in der Regel verschiedene Faktoren beteiligt. Meist sind es psychologische, somatische und/oder soziale Ursachen, die dabei eine Rolle spielen.

Psychologische Faktoren

Zu den psychologischen Faktoren gehören u.a. *ungünstige kindliche Lebensbedingungen*, z.B. mit häufigen elterlichen Konflikten, einer wenig einfühlsamen elterlichen Kommunikation bis hin zu Gewalterfahrungen durch Eltern oder andere nahestehende Personen. Insbesondere die Erfahrung sexueller Gewalt führt zu einem hohen Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln. Protektive Faktoren sind dagegen u.a. eine sichere familiäre Bindung, außerfamiliäre Bezugspersonen und eine gute schulische Integration. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzstörung sind eine Substanzstörung bei den Eltern, ein früher Erstkonsum von abhängig machenden Substanzen und früh auftretende Verhaltensstörungen. Bei Alkohol- und Cannabisabhängigkeit ist darüber hinaus die soziale Phobie ein gut belegter Risikofaktor.

Soziale Faktoren

Psychische Störungen treten oft erstmals in Zusammenhang mit umgebungsbedingten Stressoren, wie z.B. Arbeitsplatzproblemen auf. Dass darüber hinaus auch grundlegende soziale Faktoren wie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht (vgl. Kap. 4.2) eine Rolle spielen können, zeigt eine Statistik zur Schichtabhängigkeit der psychischen Belastung in der Schweiz auf unserer Lehrbuch-Homepage (s. Web-Tab. 7.7.1). Auch das *Geschlecht* ist ein Faktor, der zur unterschiedlichen Häufigkeit psychischer Störungen beiträgt. So kommen z.B. depressive Störungen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Als Ursachen hierfür werden sowohl somatische (u.a. hormonelle Einflüsse) als auch kulturell geprägte Faktoren wie geringeres Selbstwertgefühl, Selbstattribution von Misserfolgen und daraus entstehende Schuldgefühle diskutiert.

Somatische Faktoren

Genetische Faktoren spielen insbesondere bei der Schizophrenie und bei bipolaren Erkrankungen eine wichtige Rolle. Psychische Störungen gehen in der Regel auch mit *somatischen Veränderungen* v.a. des Zentralnervensystems (ZNS) sowie des Hormonsystems einher. Solche Veränderungen findet man im ZNS insbesondere an den Neurorezeptoren sowie bei der Bildung und dem Abbau von dort wirkenden Neurotransmittern. Das Hormonsystem ist über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse eng mit dem ZNS verbundenen. Es reagiert mit der Ausschüttung von sog. Stresshormonen (v.a. Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Cortisol) auf Stresssituationen und hat damit erheblichen Einfluss auf viele psychische Störungen (s.a. Kap. 4.4.2).

7.7.3 Therapeutische Ansatzpunkte und präventive Strategien bei psychischen Störungen und Suchterkrankungen

Die multifaktorielle Genese psychischer Erkrankungen erlaubt verschiedene *präventive und therapeutische Ansatzpunkte*, etwa im Bereich der Risikofaktoren sowie der geringen sozialen und individuellen Ressourcen. So bieten die psychologischen und sozialen Ursachen psychischer Störungen Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Intervention. Psychopharmakologische Behandlungsmethoden setzen bei den somatischen Veränderungen im Bereich des Nerven- und Hormonsystems an.

Innerhalb einer Gesellschaft kann es unterschiedliche Bewältigungsstile und Behandlungsmuster bei psychischen Störungen geben: In der französischsprachigen Schweiz kommt es z. B. wegen einer Depression doppelt so häufig zu Konsultationen im Vergleich zu anderen Schweizer Regionen. Nach Angaben der Schweizer Gesundheitsbefragung von 2007 haben 5 % der Deutschschweizer bereits Hilfe wegen einer psychischen Störung in Anspruch genommen, in der französischsprachigen Schweiz waren es dagegen ca. 7,5 % der Bevölkerung. Die Behandlungshäufigkeit psychischer Störungen hängt neben der Häufigkeit der Störung selbst vor allem auch mit deren gesellschaftlicher Akzeptanz und den vorhandenen Behandlungsstrukturen zusammen. Maßnahmen zur Entstigmatisierung (z. B. Kampagnen mit Personen des öffentlichen Lebens, die vom Umgang mit psychischen Störungen berichten) können damit den Effekt haben, dass PatientInnen mit psychischen Störungen die vorhandenen Hilfsangebote häufiger nutzen.

Ein Beispiel für die Prävention und strukturierte Behandlung einer spezifischen psychischen Störung ist das deutsche *Bündnis gegen Depression e.V.* (www.buendnisdepression.de, s. Box 7.7.1). Mit Hilfe dieses Konzeptes soll die Akzeptanz von Menschen mit depressiver Störung in der Bevölkerung erhöht werden. Man möchte den Betroffenen darüber hinaus Wege zu einer Behandlung der Erkrankung aufzeigen.

Box 7.7.1: Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Ziel dieses Bündnisses ist die Verbesserung der Versorgungslage und der Lebenssituation von Menschen mit Depression, eine Enttabuisierung des Themas „Depression“ in der Gesellschaft sowie die Aufklärung der Bevölkerung über das Störungsbild. Dem *Deutschen Bündnis gegen Depression e.V.* gehören zahlreiche Regionen und Städte in Deutschland sowie im deutschsprachigen Ausland an. Es bietet den Betroffenen und ihren Angehörigen Informationsmaterial sowie Hilfen und Ansprechpartner vor Ort an. Außerdem unterstützt es den Aufbau von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Darüber hinaus versucht man auf gesellschaftlicher Ebene über eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Aktionstage, Vorträge, Medienberichte) zu erreichen, dass depressive Störungen besser und schneller erkannt werden und die Betroffenen in der Gesellschaft größere Akzeptanz finden. Das Bündnis engagiert sich auch für die Weiterqualifizierung von Menschen in verschiedenen Berufsgruppen, bei denen das Thema Depression eine Rolle spielt (z. B. LehrerInnen, Geistliche, ÄrztInnen, Pflegepersonal). Pilotprojekt war das Nürnberger Bündnis gegen Depression. Dort sank in den Jahren 2001/2002 u. a. die Anzahl suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche) als Folge der Arbeit des Bündnisses signifikant um ca. 25 % gegenüber dem Ausgangsjahr 2000, während die Anzahl suizidaler Handlungen in der Kontrollregion Würzburg zur gleichen Zeit anstieg.

Eine spezielle Maßnahme der Suizidprävention stellt das Anbringen von Sprungnetzen dar. In Deutschland und der Schweiz gehen ca. 12 % der Suizide auf Stürze aus großer Höhe zurück. Dabei gibt es bestimmte Orte (z.B. Brücken), an denen sich Suizide häufen („Hotspots“). Ein solcher Ort war die Münsterplattform in der Stadt Bern, von der sich bis 1998 pro Jahr etwa 3 Personen hinunterstürzten. Eine Serie von Stürzen im Jahr 1998 führte zur Konsequenz, dass dort Sprungnetze angebracht wurden. Seither haben sich hier keine Suizide mehr ereignete. Die Meinung, dass suizidale Personen dann vermehrt andere Orte aufsuchen (z.B. Brücken in der Stadt Bern), um sich zu töten, wurde nicht bestätigt. Das Anbringen von Sprungnetzen verhindert darüber hinaus psychische Traumatisierungen bei Personen, die unterhalb solcher „Hotspots“ leben und die u.U. Suizide beobachten (Abb. 7.8).



Abb. 7.8: Sprungnetze zur Suizidprävention an der Berner Münsterplattform (Quelle: J. Barth).

Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage (www.public-health-kompakt.de) finden Sie Hinweise auf weiterführende Literatur, zusätzliche Tabellen sowie Links zu den themenrelevanten Studien und Institutionen.